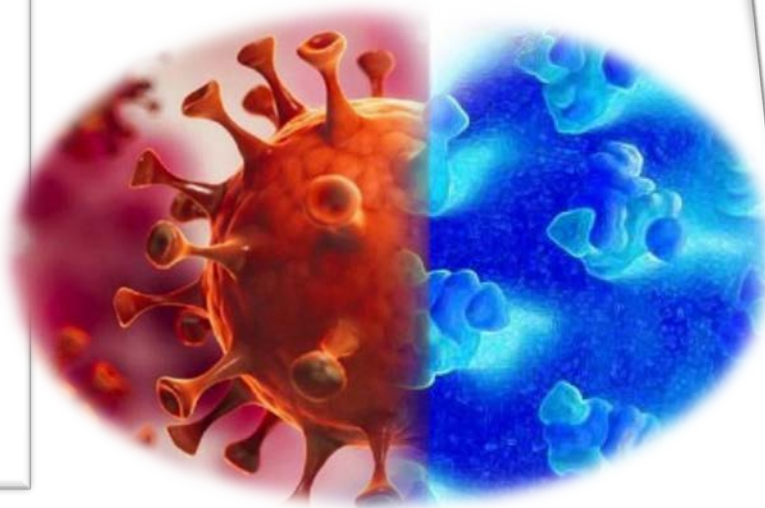


การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19



สุกัญญา วงศ์ศิริ
นักวิชาการหลักประกันสุขภาพ

ประกาศ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
(Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีผู้รับบริการที่เป็นประชาชนไทยทุกคนได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๖ (๑๔) มาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๓.๒ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๔
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))
พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

ข้อ ๙ ให้ผู้รับบริการซึ่งได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ก่อนประกาศนี้ใช้บังคับ
ให้ถือว่าเป็นผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายตามประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๑๐ ให้เลขาธิการเป็นผู้รักษาการและมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ
ตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศกองทุนปีงบประมาณ 2565



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
พ.ศ. ๒๕๖๔

ณ วันที่



กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมวด 1 รายการที่ 9 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับ
บริการกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease
2019(COVID-19))ให้ใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ที่อาจเพิ่มเติมจากรายการ “รายได้สูง(ต่ำ) กว่า
ค่าใช้จ่ายสะสม” และงบประมาณตามพระราชกำหนดให้อำนาจ
กระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟู
เศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา พ.ศ. 2563 ที่จะได้รับ หรืองบกลางรายการเงิน
สำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นปีงบประมาณ 2565ที่อาจ
ได้รับ

สาระสำคัญในประกาศฯ ที่ควรทราบ



1. ประกาศมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2564 แต่มีผลย้อนหลัง ผู้รับบริการที่ฉีดก่อนหน้าประกาศมีผลบังคับใช้ ถือว่าเป็นผู้เสียหาย (ตามข้อ 9 ของประกาศ)



2. หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการตามมาตรา 3 แห่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และสถานบริการอื่นที่ให้บริการด้วย

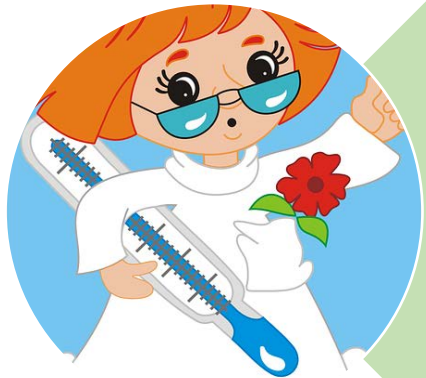


3. เงินช่วยเหลือเบื้องต้น หมายความว่า เงินที่จ่ายให้ผู้รับบริการหรือทายาทหรือผู้อุปการะ บรรเทาความเดือดร้อนจากการรับวัคซีนโควิด 19

สาระสำคัญในประกาศฯ ที่ควรทราบ



4. ความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีน จะต้องเป็นการ
เข้ารับวัคซีนจากหน่วยบริการ เพื่อป้องกันและขจัดโรค
COVID-19 **โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย** และให้รวมถึงความ
เสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัยจากการรับวัคซีนดังกล่าว



5. คำร้องที่เป็นความเสียหายจากการรับวัคซีนในพื้นที่
จังหวัดใด ให้สปสช.เขตที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดนั้น
เป็นผู้พิจารณาคำร้อง(พิจารณาหน่วยบริการที่ฉีด
วัคซีน)

ประเภทของความเสียหายและ อัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



ผู้มีสิทธิยื่นคำร้อง



1) ผู้รับบริการ



2) ทายาท



3) ผู้อุปการะ



4) หน่วยบริการที่ให้บริการ

**ผู้อุปการะ หมายถึง ผู้ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลหรือดูแลผู้รับบริการก่อนได้รับความเสียหายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควร

ผู้มีสิทธิรับเงิน



1) ผู้รับบริการ



2) ทายาท



3) ผู้อุปการะ

สถานที่ยื่นคำร้อง

1. สพสช. สาขาเขต

2. สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด

3. หน่วยบริการ

วิธีการยื่นคำร้อง

- ◆ ยื่นด้วยตนเอง
- ◆ ส่งทางไปรษณีย์
ลงทะเบียน

ระยะเวลาการยื่นคำร้อง



ภายใน



๒ ปี

นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย
(นับวันรุ่งขึ้นเป็นวันแรก)

เมื่อไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาคำร้อง....

1. ผู้มีสิทธิยื่นอุทธรณ์



- 1.1) ผู้รับบริการ
- 1.2) ทายาท
- 1.3) ผู้อุปการะ

2. สถานที่ยื่นอุทธรณ์

- 2.1 สปสช. สาขาเขต
- 2.2 สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

3. ระยะเวลาในการยื่นอุทธรณ์

#ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัย#

องค์ประกอบของคณะกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ
(ไม่เกิน 5 คน)



1) ผู้อำนวยการ สคร.เขต 5 ราชบุรี
เป็นที่ปรึกษา



2) ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 5 ราชบุรี
เป็นประธานคณะกรรมการ



3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านโรคติดเชื้อ (2 คน)



4) ผู้เกี่ยวข้อง (2 คน)

(1) พิจารณาคำร้องขอรับเงิน
กรณีผู้รับบริการได้รับความ
เสียหาย

เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับเงินช่วยเหลือ
หรือไม่

จะได้รับเงินช่วยเหลือเป็นเงิน
เท่าใด

สิ่งที่ต้องคำนึงถึง

1. ความรุนแรงของความเสียหาย
2. เศรษฐฐานะของผู้เสียหาย



(2) การพิจารณาคำร้องให้
พิจารณาโดยเร็ว นับแต่
วันที่ได้รับคำร้องขอ

(3) ผลการวินิจฉัยของ
คณะกรรมการให้รายงาน
ต่อเลขาธิการเพื่อทราบ

การดำเนินงานการพิจารณาคำร้องขอรับ
เงินช่วยเหลือเบื้องต้น

กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย
จากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

ของ

ของ สปสช.เขต 5 ราชบุรี



การดำเนินงานของ สปสช.เขต 5 ราชบุรี

1. กำหนดประชุมคณะกรรมการฯ ทุกวันอังคาร (บ่าย)
2. ตัดข้อมูลทุกวันศุกร์ก่อนประชุม ยกเว้น กรณีเคสเร่งด่วน ตัดข้อมูลเข้าวันอังคาร
3. การรับเงิน ผู้รับบริการได้รับเงินวันศุกร์ (กรณีธนาคารกรุงไทย และ ธกส.) และวันจันทร์ (กรณีธนาคารอื่นๆ) หลังมีการจัดประชุม

เกณฑ์การพิจารณาคำร้อง



1. ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ยกเว้น สิทธิประกันสังคม



2. ผู้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ก่อนประกาศใช้บังคับ (5 เมษายน 2564) ก็ถือว่าเป็นผู้รับบริการที่เสียหายด้วย



3. เป็นวัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงความเสียหายจากเหตุสุดวิสัย



4. มีเอกสารรับรองการฉีดและเอกสารรับรองทางการแพทย์ หรือเอกสารสอบสวนโรคที่ระบุถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการฉีดวัคซีนโควิด 19 (AEFI 1)



5. ยื่นคำร้องไม่เกิน 2 ปี นับแต่วันที่ทราบความเสียหาย



6. หน่วยบริการที่ทำให้ได้รับความเสียหายอยู่ในพื้นที่ สปสช.เขต 5 ราชบุรี



7. ฉีดวัคซีนที่หน่วยบริการ ขึ้นทะเบียนตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และสถานบริการอื่นที่ให้บริการ (เอกชนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน)

เอกสารยื่นพร้อมคำร้อง

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการฉีดวัคซีน เช่น สำเนาถูกต้อง กรณีผู้รับบริการฉีดวัคซีนเสียชีวิต ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้องกรณีไม่ใช่ผู้รับบริการฉีดวัคซีน
3. สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการฉีดวัคซีน กรณีที่เสียชีวิต ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร เช่น สำเนาถูกต้อง
5. สำเนาเวชระเบียน **สำคัญมากต้องมี**
6. สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (แบบรายงานอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค AEFI 1) (ถ้ามี)
7. ใบรับรองแพทย์ แสดงรายละเอียดความเสียหายจากการฉีดวัคซีน
8. ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน
9. หลักฐานการฉีดวัคซีน
10. ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย
11. หลักฐานอื่นๆ

ส่งเอกสารยื่นพร้อมคำร้อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี

เลขที่ 2 อาคารไปรษณีย์ชั้น 3

ถนนสมุทรศักดิ์ราษฎร์

ตำบลหน้าเมือง

อำเภอเมือง

จังหวัดราชบุรี

70000

แบบยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง
วันที่ยื่นคำร้อง

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

- ๑.๑ ชื่อ - สกุล.....
- ๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- ๑.๓ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม
 ข้าราชการ อื่นๆ
- ๑.๔ อาชีพ.....รายได้.....บาท ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ
- ๑.๕ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

- ๒.๑ ชื่อ - สกุล
- ๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน
- ๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....
- ๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....
.....โทรศัพท์.....



๓. รายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

๓.๑ สถานที่ฉีดวัคซีน จังหวัด

๓.๒ วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีน เข็มที่ ๑ เข็มที่ ๒

๓.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

๓.๔ ความเสียหายจากการรับวัคซีน

.....

.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ต้องมี)

๔.๒ สำเนาเอกสารผลการสอบสวนโรคของกระทรวงสาธารณสุข (แบบรายงานอาการหลังได้รับการสร้าง

เสริมภูมิคุ้มกันโรค AEFI 1) (ถ้ามี)

๔.๓ ใบรับรองแพทย์ แสดงรายละเอียดความเสียหายจากการฉีดวัคซีน (ต้องมี)

๔.๔ สำเนาเวชระเบียน กรณีนอนโรงพยาบาล (ต้องมี)

๔.๕ สำเนาใบมรณบัตรของผู้รับบริการ กรณีที่เสียชีวิต

๔.๖ ความเห็นแพทย์ผู้ให้การรักษา ที่ให้หยุดพักงาน ๔.๗ เอกสารอื่นๆ (ระบุ).....

-2-

กรณีผลการพิจารณาคำร้อง มีมติให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร โดยได้แนบ

หน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ชื่อนาการ) เลขที่ บัญชี.....
ของ (ระบุชื่อ)..... ผู้รับบริการ/ผู้ยื่นคำร้อง มาพร้อมนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง
(.....)



แบบยื่นอุทธรณ์

แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์

กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
หรือโรคโควิด 19(Coronavirus Disease 2019(COVID-19))

ชื่อหน่วยรับคำร้อง

วันที่เขียนคำร้อง

วันที่ยื่นคำร้อง(วันที่ลงรับจากระบบสารบรรณ)

๑. รายละเอียดของผู้รับบริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ สภากาชาด หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม

ข้าราชการ อื่นๆ

๑.๔ อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท

๑.๕ ระดับการศึกษา.....

๑.๖ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล.....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๓.๑ วันที่ได้รับแจ้งผล

๓.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์

(บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการ)

.....
.....
.....
.....
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์

๔.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๔.๓ เอกสารทางการแพทย์หรือรายละเอียดอื่น (ถ้ามี)

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์

(.....)

ฉบับที่ 1 มิถุนายน 2564



ขั้นตอนการเบิกจ่ายกรณีขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีความเสียหายที่เกิดจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID 19))



ผู้รับวัคซีนตามแผนงาน โครงการ หรือ กิจกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้วได้รับความเสียหาย



ผู้รับบริการ / ทายาท / ผู้มีอุปการะ / หน่วยบริการที่ให้บริการ เขียนคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามแบบฟอร์ม พร้อมเอกสารประกอบ



ยื่นหรือส่งคำร้องได้ที่หน่วยบริการ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สปสช. สาขาเขตพื้นที่



คณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ มีมติจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น



Online Banking

สปสช.เขต ดูข้อมูลการโอนเงินผ่าน Website
<https://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/>



ผู้บริหารอนุมัติการโอนเงินผ่านระบบธนาคาร Online



สปก.ดำเนินการ

1. ตรวจสอบเอกสารและบันทึกตัดงบประมาณในระบบ e-Budget
2. บันทึกรายการบัญชีในระบบ SAP
3. ประมวลผลการจ่ายเงิน Auto Payment
4. จัดทำหนังสือขออนุมัติโอนเงินเสนอผู้บริหาร



1. สปสช.เขต จัดทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณา วินิจฉัยให้ผู้ยื่นคำร้องทราบ
2. สปสช.เขต จัดส่งเอกสารให้ สปก. ดังนี้
 - 1) หนังสือแจ้งขอเบิกเงินระบุ ชื่อ-สกุลผู้รับเงิน และจำนวนเงินที่ขอเบิก (ไม่ผ่านระบบ e-Form) รหัสงบประมาณ
 - 2) แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ
 - 3) รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการฯ
 - 4) หลักฐานของผู้รับเงิน ได้แก่ สำเนาบัตร ปช. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ทั้งนี้ ให้ส่งเป็น File เอกสารก่อน ทาง LINE หรือ Mail แล้วค่อยส่งฉบับจริงให้ สปก.

ระยะเวลาการโอนเงินภายใน 5 วัน หลังการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ (สปสช.เขต = 2 วัน / สปก.+ผู้บริหาร+ธนาคาร = 3 วัน)



เป้าหมาย



ยื่นให้เร็ว



7 วัน



พิจารณาให้เร็ว



5 วัน



จ่ายเร็ว



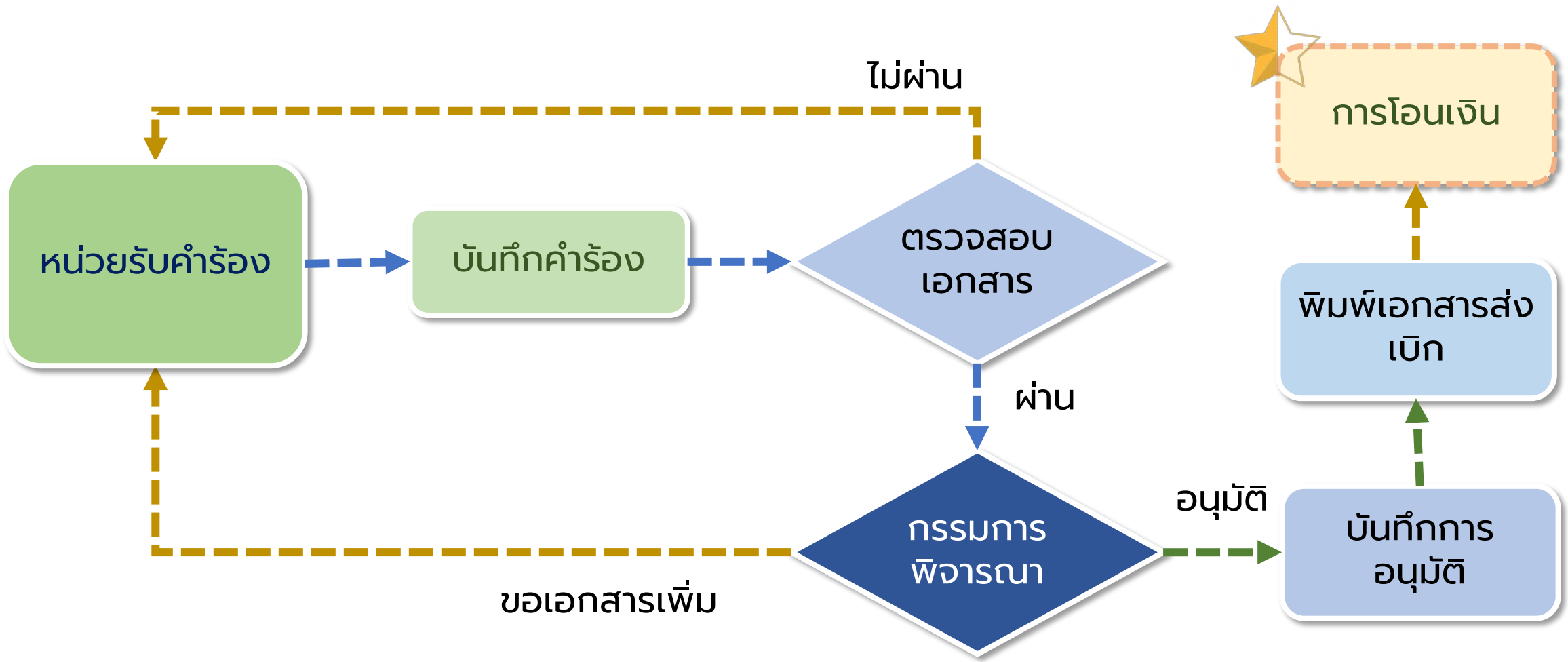
Now

<https://subsidy.nhso.go.th/subsidy/>

The screenshot shows the homepage of the COVID-19 subsidy application system. The header includes the สปสช. logo, a Home link, and a Login button. The main content area features the title "ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19" (Initial subsidy application system for those damaged by COVID-19 vaccination) and the name of the National Public Health Service. Below this is a large blue COVID-19 virus icon. Three buttons are visible: "ยื่นคำร้อง" (Apply), "ตรวจสอบสถานะ" (Check status), and "Login".

เอกสารฉบับจริง
เก็บที่หน่วยรับคำร้อง

Workflow Concept



ระบบรับคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี



✉ ยื่นคำร้อง

🔍 ตรวจสอบสถานะ

➔ Login

สำหรับหน่วยรับคำร้อง

สำหรับติดตามสถานะคำร้อง

สำหรับกรรมการพิจารณา

ระบบยื่นคำร้อง



ส่วนข้อมูลทั่วไป

✎ แบบคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Covid-19 ◀ กลับ

หน่วยรับคำร้อง รหัสหน่วย วันรับคำร้อง

1. รายละเอียดของผู้รับบริการ

เลขที่บัตรประชาชน *	ชื่อ - สกุล *	อายุ	เพศ
<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="ระบุ"/>
สิทธิการรักษา	อาชีพ	บุคลากรทางการแพทย์ *	รายได้ (บาท/เดือน)
<input type="text" value="-"/>	<input type="text" value="-"/>	<input type="text" value="ไม่ใช่"/>	<input type="text"/>

โทรศัพท์ *

ภาระที่ผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบ

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก *

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ *

จังหวัด *

รหัสไปรษณีย์ *

2. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ 1 ไม่ต้องกรอก) ผู้เสียหายยื่นเอง ญาติยื่นแทน

1

ระบบยื่นคำร้อง



2

เลขที่คำร้อง



3

แนบไฟล์เอกสาร

ข้อมูลคำร้อง

✓ บันทึกคำร้องเรียบร้อยแล้ว
เลขที่ : 01501

กรุณาจำหมายเลขคำร้องไว้เพื่อการติดต่อประสานงาน
มีข้อสงสัย หรือ มีปัญหาในการแก้ไขรายละเอียดกรุณาติดต่อ

แนบไฟล์เอกสาร ปิด

การแนบเอกสารประกอบ



แนะนำเป็นไฟล์ PDF
 ขนาดไม่เกิน 7 MB

4. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

4.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

Choose File No file chosen

ชื่อเอกสารที่แนบ -> undefined

- ใบคำร้อง
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

ชื่อธนาคาร

เลขที่บัญชี

ชื่อบัญชี

กรุงไทย

34234233444

psss ssss

4.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

Choose File No file chosen

ชื่อเอกสารที่แนบ -> undefined

- หลักฐานแสดงการฉีดวัคซีน (ใบนัด หรือ หน้าจอแอปหมอพร้อม หรืออื่นๆ ที่แสดงวัน เวลา และสถานที่ฉีด)
- สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
- เอกสารรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน (AEFI 1 หรือ AEFI 2)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)

ผู้บันทึกข้อมูล

เบอร์
 ติดต่อ

บันทึก

การตรวจสอบเอกสาร

Home

Dashboard

ยื่นคำร้อง

☆ การตรวจสอบเอกสาร

การพิจารณา

การส่งเบิก

จัดการข้อมูล

Home / รายการคำร้อง

☰ การตรวจสอบเอกสารคำร้อง

🔍 📄 ทั้งหมด 🕒 รอตรวจสอบ ➕ ขอเอกสารเพิ่ม ✔️ ผ่านแล้ว 📄 Excel

ตรวจเอกสาร	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ์	โทรศัพท์	สถานะ	แก้ไข/ลบ
00700	01/07/2564	...	สว.สุวรรณคูหา	CS	57521	🕒 กำลังตรวจสอบ	📄 ✖️
00699	01/07/2564	-	โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	CS	082	🕒 กำลังตรวจสอบ	📄 ✖️

คลิกเพื่อตรวจสอบ
เอกสาร

การตรวจสอบเอกสาร

4.1 เอกสารใบคำร้องและข้อมูลส่วนตัว (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

เอกสารแนบ: [เปิดเอกสาร](#) [Download](#)

- ใบคำร้อง
- สำเนาบัตรประชาชนหรือสูติบัตรของผู้เสียหาย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้อง (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เสียหายเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

ชื่อธนาคาร: กรุงเทพ เลขที่บัญชี: 0790014327 ชื่อบัญชี: น.ส.คมจิต อุตรธียางค์

4.2 เอกสารประกอบการพิจารณา (คลิกเลือกเอกสารที่แนบมา)

เอกสารแนบ: [เปิดเอกสาร](#) [Download](#)

- หลักฐานแสดงการฉีดวัคซีน (ใบนัด หรือ หน้าจอแอปหมอพร้อม หรืออื่นๆ ที่แสดงวัน เวลา และสถานที่ฉีด)
- สำเนาเวชระเบียนของผู้ได้รับความเสียหาย ได้แก่ OPD Card Discharge Summary
- ใบรับรองแพทย์ของผู้ได้รับความเสียหาย
- เอกสารรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน (AEFI 1 หรือ AEFI 2)
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / ผล CT Scan / ผล MRI หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- ภาพถ่ายแสดงถึงความเสียหาย (ถ้ามี)

ผู้บันทึกข้อมูล: นางภรณ์ โทศลวัลดี

เบอร์ติดต่อ: 0834195757

รายละเอียด
การติดตาม
ตรวจสอบ

🗨️ รายละเอียดการติดตามตรวจสอบ

วันที่	ผู้พิจารณา	รายละเอียด	การตรวจสอบ
28/06/2564 22:17	วรรณภา สระทองหน	ขาดประวัติการรักษา IPD, Summary ผลการตรวจอื่นๆ	🚫 ขอเอกสารเพิ่ม
29/06/2564 16:40	วรรณภา สระทองหน	ยังไม่ได้โทรสอบถามอาการ (สว.จะส่งผลอ่าน MRI ทางไลน์) ,	✅ เอกสารผ่าน



กรรมการ พิจารณาคำร้อง

Home / การพิจารณาคำร้อง

การพิจารณาคำร้อง (แสดงเฉพาะข้อมูลที่เอกสารครบถ้วน)

พิจารณา	เลขที่ คำร้อง	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ	โทรศัพท์	การ พิจารณา	การ อนุมัติ	ผลการ อนุมัติ	พิมพ์ รายงาน
	01301	24/06/2564		สง.เลย	ข้าราชการ	0981533362	0		✓ (3.1 = 3,000)	
	01281	24/06/2564		รพท.วานรนิวาส	ข้าราชการ	0612286232	0		✓ (12 = 250,000)	
	01261	22/06/2564		รพ.ประจักษ์ศิลปาคม	ข้าราชการ	085-474-721-3	0		✓ (3.3 = 50,000)	
	01244	17/06/2564		สง.บึงกาฬ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0858875490	0		✓ (2.1 = 100,000)	
	012564			รพ.สว่างแดนดิน	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0936516541,0817996965	0		✓ (1.1 = 400,000)	

คลิกเพื่อลงความเห็น

ผู้บันทึกข้อมูล: เบอร์ติดต่อ:

รายการพิจารณา

ผู้พิจารณา	รายละเอียด	ผลการพิจารณา	จำนวนเงิน
24/05/2564 15:17		✓ ผ่านการพิจารณา	45,345

ผลการพิจารณา

รายละเอียดการพิจารณา

ผลการพิจารณา ผ่านการพิจารณา ขอลเอกสารเพิ่ม อื่นๆ

จำนวนเงินที่อนุมัติ

กรณี สสง./หน่วยบริการ Login

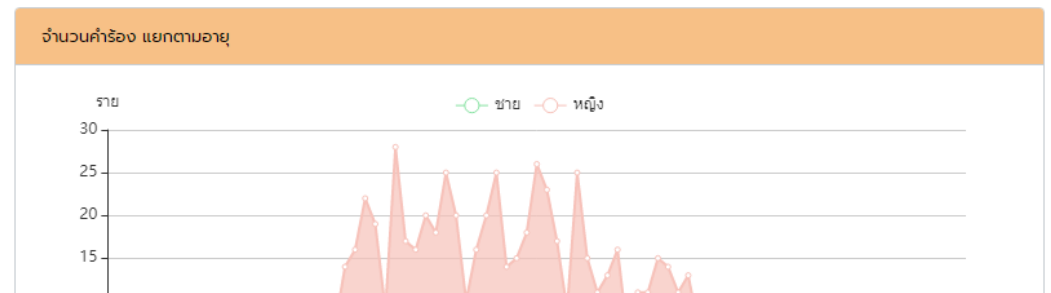
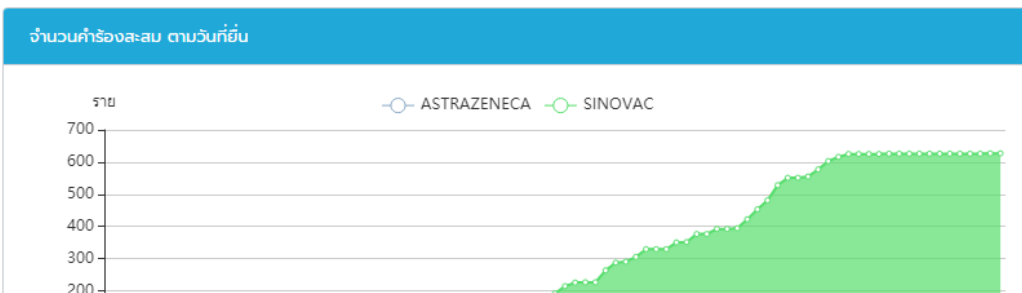
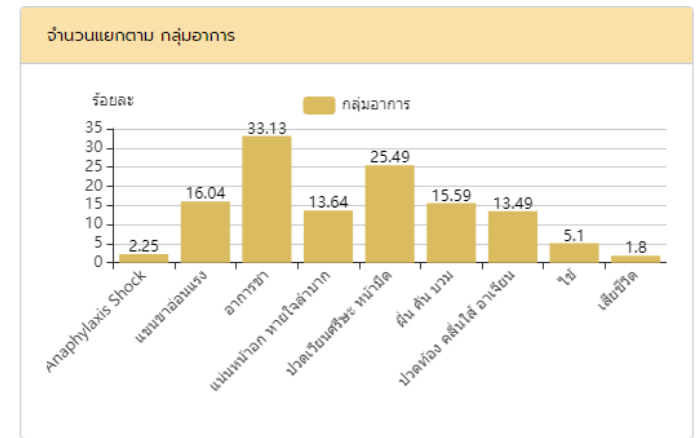
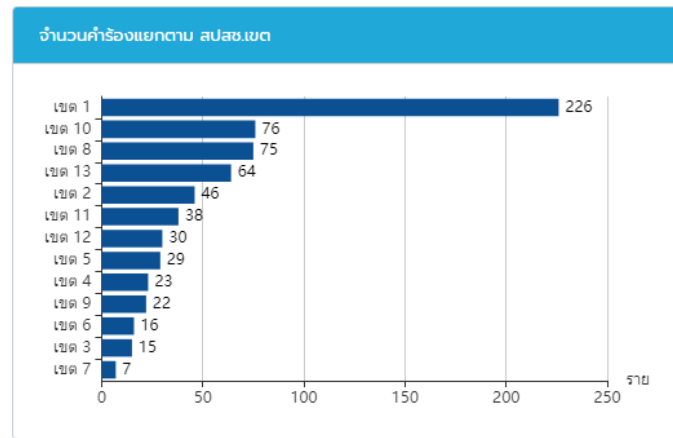
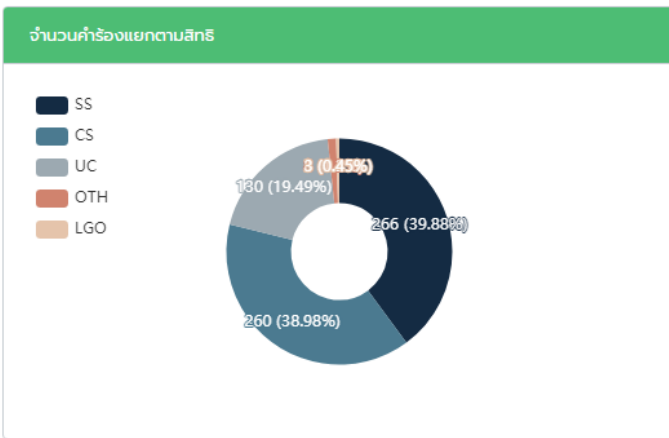
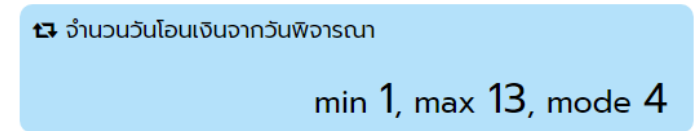
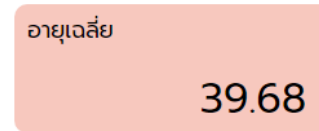
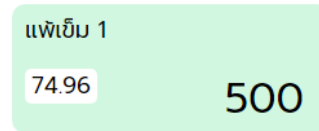
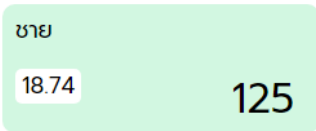
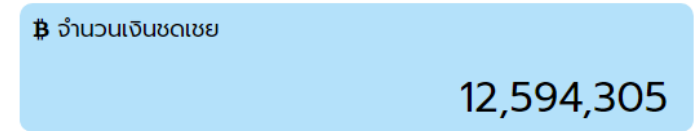
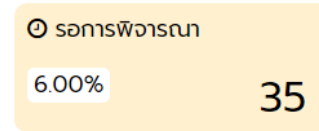
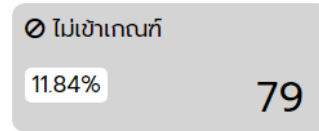
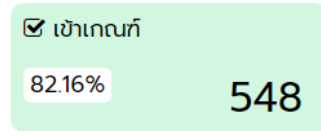
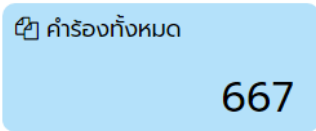
- Home
- Dashboard
- ยื่นคำร้อง
- การตรวจสอบเอกสาร
- ☆ การพิจารณา

Home / การพิจารณาคำร้อง

☰ การพิจารณาคำร้อง (แสดงเฉพาะข้อมูลที่เอกสารครบถ้วน) [Search] [ทั้งหมด] [รอพิจารณา] [พิจารณาแล้ว]

เลขที่คำร้อง	วันที่ส่งคำร้อง	ชื่อ - สกุล	หน่วยรับคำร้อง	สิทธิ	โทรศัพท์	การพิจารณา
01402	24/06/2564	[Redacted]	รพท.วานรนิวาส	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	0910586285	รอพิจารณา
01281	24/06/2564	[Redacted]	รพท.วานรนิวาส	ข้าราชการ	0612286232	<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ (250,000)
00963	16/06/2564	[Redacted]	รพ.วานรนิวาส	ประกันสังคม	0933816451	<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ (3,000)

Dashboard





เขต	คำร้องทั้งหมด	เข้าเกณฑ์				จำนวนเงินช่วยเหลือ	ไม่เข้าเกณฑ์	รอการพิจารณา	จำนวนอุทธรณ์	เงินช่วยเหลือเพิ่มเติม	รวมช่วยเหลือทั้งหมด
		ประเภท 1	ประเภท 2	ประเภท 3	รวม						
กาญจนบุรี	66	9	0	29	38	3,907,000	16	12	3	221,000	4,128,000
นครปฐม	27	5	1	16	22	2,639,000	1	4	1	3,000	2,642,000
ประจวบคีรีขันธ์	32	1	1	25	27	900,000	4	1	2	145,000	1,045,000
ราชบุรี	39	5	0	23	28	2,283,000	4	7	0	0	2,283,000
สมุทรสงคราม	12	0	0	7	7	40,000	2	3	0	0	40,000
สมุทรสาคร	31	6	0	13	19	2,524,000	9	3	4	490,000	3,014,000
สุพรรณบุรี	26	3	0	14	17	1,436,000	3	6	5	120,000	1,556,000
เพชรบุรี	37	0	0	22	22	401,000	12	3	3	27,000	428,000
รวม	270	29	2	149	180	14,130,000	51	39	18	1,006,000	15,136,000

ช่องทางศึกษารายละเอียดการยื่นคำร้องและแบบยื่นคำร้อง

เมื่อฉีดวัคซีนโควิด 19



ได้รับความเสียหาย “สำหรับคนไทยทุกสิทธิ”

ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

หรือ

แสกนที่นี่.....



<https://ratchaburi.nhso.go.th/>

บริการข้อมูล

ช่วยเหลือกรณีความเสียหาย....
จากฉีดวัคซีนโควิด 19

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี



032-332590

086-1739907

THANK YOU

สุกัญญา วงศ์ศิริ

เบอร์โทรศัพท์ 086-1739907

ID Line : poo57

E-mail : Sukunya.w@nhso.go.th



ตลอดรวมเครือข่าย...หากทลายเพื่อหนึ่งเดียว :
รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน